

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1^{er} Avril 1909, à 1 heure

PAR

Léon GUYONNET

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

LES

Adénites de la Scarlatine

Président : M. GILBERT, *professeur*

Juges { MM. HALLOPEAU, *professeur*
JEANSELME, *agrégé*
CARNOT, *agrégé*

PARIS

ALFRED LECLERC, EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

224

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1^{er} Avril 1909, à 1 heure

PAR

Léon GUYONNET

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

LES

Adénites de la Scarlatine

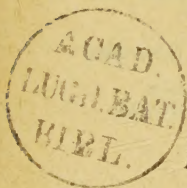
Président : M. GILBERT, professeur
Juges { MM. HALLOPEAU, professeur
JEANSELME, agrégé
CARNOT, agrégé

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	ROGER
	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements	BAR
	RIEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (P.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLAR	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Les Adénites de la Scarlatine

INTRODUCTION

Les ganglions lymphatiques, et plus spécialement ceux du cou, sont toujours dans la scarlatine plus ou moins touchés.

Leur tuméfaction varie suivant l'intensité de l'angine et peut en mesurer, en quelque sorte, la gravité.

Les adénites précoces, contemporaines de l'angine, sont aujourd'hui décrites dans tous les livres. On sait que, à l'ordinaire, elles ne constituent pas une manifestation bien grave et qu'elles se terminent en peu de jours par la résolution. Cependant, dans quelques cas, qui ne sont pas encore tout à fait exceptionnels, on a vu ces adénites devenir le point de départ de complications. C'est l'adénopathie énorme (bubons scarlatineux) accompagnée de fétidité de l'haleine et d'un état général très grave ; c'est la suppuration de ces adénites avec ulcérations des gros vaisseaux du cou, amenant rapidement la mort par hémorragie.

Ces adénites précoces qui sont les témoins de l'angine scarlatineuse ne nous arrêteront point. C'est à l'étude d'autres réactions ganglionnaires encore mal connues, du moins en France, que nous consacrerons notre travail.

Nous croyons, tout d'abord, devoir décrire une adénite scarlatineuse secondaire, terme que nous employons par analogie avec celui de fièvre scarlatineuse secondaire, créé par Gumprecht. L'adénite scarlatineuse secondaire affecte avec cette dernière des rapports assez étroits, comme nous allons essayer de le montrer.

C'est l'adénopathie post-scarlatineuse qui retiendra, tout particulièrement, notre attention. Et c'est, à propos de ces adénites post-scarlatineuses — que des travaux tout récents et presque exclusivement étrangers viennent de mettre en lumière — que se posent, nous le verrons, une série de problèmes fort intéressants.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de faire un retour sur le passé et d'adresser l'hommage de notre reconnaissance à tous les maîtres qui ont bien voulu diriger nos études médicales.

Nous n'oublierons pas nos premiers maîtres de l'Ecole de Médecine de Poitiers, aussi sommes-nous heureux d'avoir été l'élève de M. le Dr CHRÉTIEN, Agrégé, Professeur de Clinique chirurgicale et de M. le Dr PETIT, dont nous avons souvent reçu des marques d'amitié.

Que M. le Dr FAIVRE, Professeur de Clinique médicale, reçoive tous nos remerciements pour l'enseignement que nous reçûmes dans son service.

Nous unirons dans un même sentiment de gratitude MM. les Drs MALAPERT, LÉGER, BESSONNET et tous

ceux qui nous initièrent aux secrets de la médecine.

C'est M. le D^r MORICHAU-BEAUCHANT, Professeur, qui nous a fourni le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils. Qu'il veuille bien ici recevoir l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour la grande bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Pendant notre passage à Paris, nous avons eu la bonne fortune d'être l'élève de M. le PROFESSEUR LANDOUZY, Doyen et de M. le D^r BROCA, Chirurgien des Enfants-Malades. Nous conserverons toujours de ces maîtres un souvenir reconnaissant.

Nous devons aussi remercier de la bienveillance qu'ils nous ont montrée MM. les D^{rs} LABBÉ, Chirurgien des Hôpitaux, et LORTAT-JACOB.

Au cours de notre internat dans les hôpitaux du Havre, nous avons reçu de nombreux conseils pratiques et de nombreuses marques de confiance de la part de nos chefs de service, et tout particulièrement de MM. les D^{rs} BRUNSWICH et DERONDE ; qu'ils veuillent bien recevoir l'expression de notre vive gratitude.

Merci aussi à MM. les D^{rs} WALCH, Chirurgien des Hôpitaux, DEVILLE, VIGNÉ et DU PASQUIER, Médecins des Hôpitaux.

Enfin nous nous souviendrons toujours de ces bons et gais camarades, que nous avons rencontrés pendant tout le cours de notre vie d'étudiant. Nous sommes heureux de pouvoir leur donner ici une preuve de notre amitié.

M. le PROFESSEUR GILBERT a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons tous nos respectueux remerciements.

CHAPITRE I

Les adénites scarlatines secondaires

Chez la malade dont nous rapportons plus loin l'observation, voici comment se manifestaient ces adénites.

L'éruption scarlatineuse était en voie d'effacement, la température qui, pendant cette dernière période s'était maintenue peu élevée, paraissait vouloir descendre à la normale, l'angine rétrocedait, les adénites sous-maxillaires entraient en résolution, quand, le sixième jour, une nouvelle ascension thermique apparaît. La fièvre, à 38 degrés le matin, dépasse 39 degrés le soir. Rien, en apparence, ne peut l'expliquer. L'examen attentif de tous les organes ne peut déceler aucune complication, l'état général de l'enfant reste bon. Mais, deux jours après apparaissent, dans la région sous-maxillaire et des deux côtés, des petits ganglions, du volume d'un pois, roulant sous le doigt et sensibles à la pression. On pouvait en trouver également dans l'aisselle du côté gauche. Les ganglions de la région inguinale étaient aussi augmentés de volume. Mais ici nous ne pouvons pas affirmer que l'adénite n'existât pas auparavant, l'examen de cette région n'ayant pas été pratiquée dès le début de la maladie. Les

adénites parurent avoir avec la fièvre un rapport assez étroit. Elles persistèrent pendant toute la durée des oscillations fébriles, c'est à-dire jusqu'au dix-septième jour de la maladie, conservant à peu près les mêmes caractères et n'augmentant pas de volume. Elles disparurent définitivement peu de jours après la fièvre. Pendant ce laps de temps les seuls symptômes morbides qui purent être constatés, outre la fièvre, furent un peu de toux et de l'enchifrènement qui semblaient être en rapport avec un certain degré de naso-pharyngite. L'état général resta toujours bon, l'enfant était à peine abattue, jouait tout le jour et avait conservé son appétit. La nuit, elle dormait profondément : quelques rares petites quintes de toux venaient parfois interrompre son sommeil.

Cette adénopathie, dont nous venons de tracer le tableau clinique, paraît devoir être rapprochée d'états analogues qui s'observent souvent en dehors de la scarlatine.

Très souvent, en effet, en clinique infantile on observe des états fébriles persistant plusieurs jours, plusieurs semaines même, dans lesquels la température oscille irrégulièrement, mais peut atteindre un chiffre assez élevé.

L'examen de tous les organes ne révèle rien d'anormal, l'état général reste bon. On serait souvent fort embarrassé, dans ces cas, de donner une cause à cette fièvre, si par une exploration minutieuse du cou, on ne parvenait pas à découvrir au niveau de cette région quelques ganglions plus ou moins gros, mais toujours sensibles à la pression.

Cette adénite occupe les deux côtés, avec, ordinairement, prédominance à droite. L'examen de la gorge donne peu de choses. A peine peut-on noter quelque rougeur du pharynx

avec des mucosités qui descendent du cavum le long de sa paroi postérieure.

La respiration est quelquefois gênée, et quelques malades ronflent la nuit. La toux est sèche, quinteuse. Ces différents symptômes nous permettent de croire à une nasopharyngite avec ou sans végétations adénoïdes. Mais ce syndrome, extrêmement fréquent en clinique infantile, se rapproche par certains côtés de la fièvre ganglionnaire décrite par Pfeiffer, et il est bien certain que dans nombre de cas la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer n'est autre chose qu'une réaction ganglionnaire consécutive à une infection nasopharyngée.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la conception de Pfeiffer, et nous en tenant aux faits, nous nous bornons à affirmer que dans la scarlatine on peut noter, une fois l'éruption passée, un état fébrile avec état général peu touché. L'inflammation du naso-pharynx, qu'attestent la constatation de signes locaux et des adénites dans le territoire lymphatique correspondant, semble expliquer cet état fébrile.

Ces adénites secondaires n'ont rien de spécial à la scarlatine, puisque, comme nous venons de le voir, le tableau clinique qu'elles suscitent peut s'observer au cours d'autres états pathologiques.

Il est, néanmoins, assez important de savoir les reconnaître, car elles expliquent bon nombre de ces états fébriles survenant alors que l'éruption est en voie de disparition ou même complètement disparue. Bien souvent on chercherait, ailleurs, une complication qui n'existe pas.

C'est, en se plaçant à ce point de vue, que nous croyons

utile d'attirer l'attention sur ces manifestations ganglionnaires un peu trop passées sous silence par les auteurs.

On savait, cependant, que l'éruption scarlatineuse, une fois terminée, un état fébrile pouvait se développer et persister quelques jours indépendamment de toute complication ; c'est ce que Gumprecht (1), dans un travail paru il y a vingt ans, désignait sous le nom de fièvre secondaire (*Nach fieber*).

La fièvre secondaire, d'après cet auteur, se rencontre dans plus de 5 0/0 de tous les cas de scarlatine. Ce n'est donc pas une éventualité absolument rare. Gumprecht lui attribue plusieurs types.

Dans un premier cas, elle survient alors que l'éruption est en voie d'effacement, parfois la température est revenue à la normale. On voit alors celle-ci remonter plus ou moins rapidement, atteindre au bout de quelques jours un maximum et redescendre graduellement. C'est là ce qui se passe le plus souvent.

Dans un deuxième cas, l'éruption pâlit, les exsudats disparaissent peu à peu, mais la fièvre reste encore élevée et se maintient telle pendant plusieurs jours. Là il ne s'agit, en somme, que d'une défervescence retardée.

Dans une autre forme, la fièvre secondaire succède à la fièvre de la période d'état, soit par une brusque poussée, soit par une persistance indéfinie des hautes températures. Gumprecht appelle cette forme : fièvre secondaire stationnaire. Elle est l'indice de complications imminentes.

1. Gumprecht. Zur Kenntniss des Nach fiebers beim Scharlach, *Deutsch med., Wochenschrift*, V, 1888, S. 540.

Enfin, dans un dernier cas, la température présente de grandes oscillations quotidiennes de plusieurs degrés, comme dans la fièvre pyohémique. Cette température peut se maintenir ainsi pendant une semaine et plus.

Comme élément de diagnostic l'auteur apporte la conservation remarquable de l'état général ; et les rémissions à peu près constantes qui se produisent dans la courbe thermique. Il attribue cet état pathologique à des infections secondaires de nature streptococcique au niveau des amygdales. Il insiste surtout sur ce fait, que la fièvre secondaire est souvent suivie, à échéance tardive, de complications : otite, adénite, néphrite, péricardite etc... et qu'elle permettrait en quelle sorte de les prévoir.

On peut se rendre compte, à la lecture de l'observation que nous rapportons, qu'il s'agissait d'un état rappelant celui décrit par Gumprecht, et on peut se demander alors quel doit être l'état des ganglions lymphatiques dans les cas rapportés par cet auteur. Il nous dit bien avoir éliminé systématiquement tous les cas où les ganglions du cou étaient augmentés de volume, mais, comme nous l'avons vu, les adénites secondaires de la scarlatine peuvent être très minimes, de la grosseur d'un petit pois ; ils peuvent donc facilement passer inaperçus, si on ne se livre pas à une recherche très attentive.

Nous pensons que des recherches nouvelles sur ce point sont nécessaires. Aussi conseillons-nous d'explorer avec soin les parties latérales du cou pour y découvrir une adénopathie, aussi légère soit-elle, qui expliquerait bien des cas où, après l'éruption, la fièvre semble traîner en longueur ou se rallumer. Tout diagnostic de complications

ayant été éliminé, la valeur de cette recherche sera d'autant plus grande que des examens antérieurs auront permis de se rendre compte qu'il ne restait plus rien d'anormal dans cette région.

Nous venons de voir que l'adénite scarlatineuse secondaire présente de grandes analogies avec la fièvre scarlatineuse secondaire de Gumprecht. Peut-être même ces deux symptômes ne sont-ils pas si éloignés pour que l'un, la fièvre, soit la conséquence du premier. Mais, si nous pouvons confondre, dans une certaine mesure avec l'adénopathie scarlatineuse secondaire, la fièvre de Gumprecht, il n'en doit pas être ainsi de l'hyperthermie scarlatineuse secondaire qu'a décrite Bouveret voici quelques années (1).

Bouveret a observé chez trois scarlatineux une élévation de température neuf à dix jours après la disparition de l'exanthème. La température atteignait 40 et 41 degrés. Il s'agissait là d'une véritable poussée thermique, avec symptômes nerveux d'une haute gravité qu'on ne saurait mieux comparer qu'à une attaque de rhumatisme cérébral hyperthermique avec céphalée, agitation, délire et coma.

D'après Bouveret, il y aurait, comme dans le rhumatisme cérébral, une vive excitation des régions des centres nerveux qui président à la calorification. Ce serait la même marche rapidement ascendante de la température, les mêmes troubles nerveux délirants aboutissant promptement au coma. Ce serait le même péril imminent que seule pourrait conjurer la balnéation froide.

1. Bouveret, *Revue de Médecine*, 1892.

Le pronostic de l'adénite scarlatineuse secondaire est en général fort bénin, la terminaison se faisant rapidement par la résolution sans suppuration. Cependant il faut faire quelques réserves, car, suivant la remarque faite déjà par Gumprecht à propos de la fièvre secondaire, des complications tardives peuvent se montrer. Nous allons voir bientôt qu'il en fut ainsi chez notre malade.

Le diagnostic est facile à condition d'y songer. Une fièvre à oscillations survenant ou s'accroissant au déclin de l'éruption, un état général satisfaisant, l'absence de toutes complications, les signes parfois légers de rhino-pharyngite, mettront sur la voie. Le diagnostic ne sera d'ailleurs affirmé que par la constatation de l'inflammation ganglionnaire, mais rappelons que celle-ci reste ordinairement minime, bien que les ganglions soient légèrement douloureux à la pression. Les malades n'en accusent pas la présence, c'est seulement par une palpation minutieuse des parties latérales du cou et des aisselles qu'on pourra arriver à déceler leur existence.

Le traitement consistera en une désinfection aussi minutieuse que possible des cavités buccale et nasale à l'aide de lavages et de gargarismes antiseptiques, d'introduction dans les narines d'huile mentholée, de vaseline résorcinée. Des badigeonnages directs à l'aide du chlorure de zinc à 1/50 ou avec la glycérine résorcinée pourraient être faits au niveau du naso-pharynx.

Dans notre observation une injection de 3 centimètres cubes d'électrargol parut activer la chute de la température. Le Dr Morichau-Beauchant croit que les injections sous-cutanées d'électrargol constituent un traitement très effi-

cace pour faire cesser la fièvre due à des infections pharyngées, il en a rapporté récemment un exemple qui paraît très probant. Il n'a d'ailleurs jamais observé d'inconvénients à la suite de l'emploi de ce médicament.

CHAPITRE II

Adénites post-scarlatineuses

Définition et historique

Le terme d'adénite post-scarlatineuse a été créé par le médecin viennois Bela Schick (1) pour désigner une variété particulière d'adénite scarlatineuse survenant dans les conditions suivantes : l'éruption est depuis longtemps terminée, l'apyrexie est complète depuis plusieurs jours déjà, le malade est convalescent, quand entre le vingtième et le trentième jour survient une tuméfaction des ganglions de l'angle de la mâchoire avec fièvre assez élevée. Fièvre et tuméfaction ganglionnaire persistent deux ou trois jours et disparaissent ensuite. Ce qui achève de caractériser cette adénite c'est que, très souvent, en même temps ou peu après, apparaissent d'autres complications, dont la plus grave et la plus fréquente est la néphrite.

Avant Schick, l'existence des tuméfactions ganglionnaires survenant pendant la convalescence de la scarlatine n'avait pas passé tout à fait inaperçue. Leichtenstein (2),

1. Schick. « Die post-skarlatinose lymphadenitis ». *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1905, vol. LXII, n° 5.

2. Leichtenstein. « Ueber die (1880 et 1881 in Köln) Herrschende Skarlachepidemie. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1882, n°s 13, 18, 19, 22.

le premier, remarqua que chez des sujets ayant succombé aux suites d'une néphrite scarlatineuse on trouvait à l'autopsie une tuméfaction parfois très notable des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux ; la rate pouvait être augmentée de volume. Le même auteur dit avoir souvent observé un gonflement des ganglions du cou, précédant une néphrite. Jurgensen et Filatow firent la même constatation.

En 1900, un médecin russe, Stembo 1) étudie ces adénites qui, apparaissant au cours de la convalescence de la scarlatine sont, pour lui, les signes avant-coureurs de la néphrite.

Mais ce fut surtout Schick, en 1905 et en 1907, qui publia les plus importants travaux sur ces adénites qu'il dénomma post-scarlatineuses. Il montra que, contrairement à ce que pensaient les auteurs précédents, elles pouvaient exister en dehors de toute néphrite.

En France, avons-nous dit, peu d'auteurs ont traité cette question. Toutefois nous devons citer un article de Romme (2) qui met au point l'adénopathie post-scarlatineuse étudiée par Schick, Stembo et les autres auteurs que nous avons nommés plus haut. Le Dr Thirion (3) dans la *Pédiatrie pratique* cite une observation qui appuie la thèse de Bela Schick. Les Drs Babonneix et Berteaux font paraître

1. Stembo. « Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der sekundären lymphdrusen schwellung bei Scherlach ». *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1900, n° 22.

2. Romme. *Presse médicale*, 27 décembre 1905.

3. Thirion. *Pédiatrie pratique*, 15 août 1906.

dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 janvier 1907 une observation d'adénopathie post-scarlatineuse tardive.

Enfin le Dr Morichau-Beuchant nous a communiqué une très intéressante observation que nous publions et que nous aurons à discuter au cours de cette étude.

Etiologie

Dans sa statistique, Schick a observé sur 990 cas de scarlatine 71 fois des adénites post-scarlatineuses : soit une proportion de 7,2 0/0 des cas. Il ne s'agit donc pas là d'une complication tout à fait exceptionnelle.

L'apparition de l'adénite est toujours survenue dans ce que l'on est convenu d'appeler la période de convalescence de la scarlatine, alors que l'apyrexie était déjà complète depuis plusieurs jours.

Le tableau suivant, emprunté à Schick, montre d'ailleurs à quelle période exacte se produit la complication :

Semaines	Adénites
—	—
2.....	3
3.....	38
4.....	24
5.....	5
6.....	1

A remarquer que le maximum de fréquence s'établit entre la troisième et la quatrième semaine.

Si nous nous reportons à l'observation que nous publions,

nous notons deux poussées ganglionnaires. La première apparaît le vingt-troisième jour, ce qui est dans la règle. La seconde se produit le cinquante-sixième jour après le début de la maladie, soit huit semaines. A première vue, on a quelque peine à établir une relation entre la scarlatine et cette dernière adénite. Plus loin nous développerons cependant quelques considérations qui nous permettent de penser que la chose n'est pas aussi invraisemblable qu'elle le paraît.

Les causes prédisposantes de l'adénite post-scarlatineuse nous échappent très souvent. Elle se manifeste dans des scarlatines, en apparence, les plus bénignes et dans celles où on n'a négligé aucune précaution. L'influence du froid ou de l'alimentation paraît absolument nulle. Nous pouvons rappeler sans y revenir que le sujet dont nous citons l'observation a présenté quelques accidents fébriles jusqu'au dix-septième jour.

Symptômes

Le gonflement, la sensibilité des ganglions, la fièvre constituent les symptômes cardinaux de l'adénite post-scarlatineuse.

Les ganglions intéressés sont presque exclusivement ceux de l'angle de la mâchoire ; beaucoup plus rarement ceux de la chaîne latérale du cou peuvent participer au processus. La tuméfaction peut envahir les ganglions des deux côtés, mais bien souvent elle n'existe que d'un seul côté et ne frappe même qu'un seul ganglion. Le volume du ou

des ganglions atteints varie de celui d'un petit pois à celui d'une noix. L'inflammation peut ne pas se borner seulement à la glande elle-même, mais intéresser aussi le tissu périglandulaire. La consistance est ferme, la douleur spontanée, rarement constante, est toujours très marquée à la pression.

Le symptôme le plus bruyant, celui qui attire le plus l'attention, est la fièvre. Elle s'allume, en général, en même temps que la tuméfaction s'accuse. Très vite elle atteint un chiffre élevé, dès le premier soir elle peut atteindre 39 ou 40 degrés. L'état général, peu troublé, fait contraste avec la forte hyperthermie. Dans quelques cas on a noté des vomissements. L'examen de la gorge ne révèle ni exsudat, ni tuméfaction, ni rougeur suspecte.

L'évolution de l'adénopathie est très rapide. C'est d'abord la sensibilité qui disparaît, puis la tuméfaction elle-même. La fièvre baisse parallèlement. Dans les cas les plus simples, les modifications favorables se produisent dès le lendemain, la température baisse le matin au-dessous de 38 degrés, le soir elle remonte quelque peu. En trente-six à quarante-huit heures tout est rentré dans l'ordre. Dans d'autres cas, plus graves, les symptômes, plus accentués, n'atteignent leur maximum qu'après deux ou trois jours, et déclinent rapidement ensuite.

La guérison se fait presque toujours par la restitution *ad integrum*. Chez ses 71 malades Schick n'observe que 2 cas de suppuration, et encore ces malades guérissent-ils rapidement.

L'adénite du malade, dont nous citons l'observation, se rapproche par bien des points de la description précédente.

Le gonflement se produisit brusquement en l'espace de quelques heures, il siégeait au niveau de l'angle de la mâchoire des deux côtés, mais beaucoup plus net à droite. La sensibilité, surtout à la pression, était très vive. Le ganglion du côté droit atteignait la grosseur d'une petite noix, sa consistance était ferme. L'examen de la gorge ne révélait rien d'anormal. Mais, fait particulier : il n'y eut chez ce malade aucune élévation de température, du moins lors de cette première poussée ganglionnaire. L'évolution de l'adénopathie fut assez rapide. Après la sensibilité, le gonflement disparaît en cinq ou six jours. Remarquons, en passant, que le jour même où se produisait la tuméfaction ganglionnaire, l'urine présentait quelques traces d'albumine. Nous reviendrons plus tard sur cette coïncidence.

Chez notre même malade, une nouvelle poussée ganglionnaire se manifeste cinquante-six jours après le début de la scarlatine. Cette fois la fièvre atteint 39° 5, mais tombe très vite à la normale. Comme lors de la première attaque, les ganglions du cou avec prédominance à droite sont seuls pris. L'examen de la gorge est négatif. Les urines ne renferment pas d'albumine, ni pendant l'adénopathie, ni après. La tuméfaction se prolonge plus que de coutume et ne disparaît complètement que dix jours après le début des accidents.

Complications contemporaines de l'adénopathie post-scarlatineuse

L'adénite post-scarlatineuse, que nous venons de décrire, ne survient pas d'une façon isolée, mais souvent précède

ou accompagne une série de manifestations sur lesquelles il est bon d'insister. De toutes, la plus importante est la néphrite. Précédemment nous avons indiqué que les auteurs qui avaient, les premiers, étudié l'adénite post-scarlatineuse : Leichtenstein, Stembo, Felatow, Jurgensen, avaient considéré celle-ci comme précédant toujours l'apparition de complications rénales, et permettant même de les prévoir. Une telle opinion est trop absolue, et nous avons montré que dans bien des cas l'adénite existait seule, en dehors de toute autre manifestation. Mais il n'en est pas moins vrai que l'association de la néphrite et de l'adénite constitue une éventualité qui est loin d'être rare. Outre les observations des auteurs précédents, Schick, dans un travail récent, en a rapporté de nombreux cas. D'après cet auteur la lymphadénite post-scarlatineuse survient soit en même temps, soit en un ou deux jours avant la néphrite. Dans quelques cas, tout à fait rares, la néphrite serait antérieure.

Au premier abord le rapport qui lie la néphrite et l'adénite semble assez surprenant, il l'est moins si l'on considère que les deux états pathologiques n'ont entre eux aucun rapport de cause à effet, mais ne sont que le résultat d'une coïncidence. Ce sont, en effet, deux complications qui se produisent à la même période de la maladie, jamais au cours de la première semaine souvent de la troisième à la quatrième semaine. Schick ne les a pas vu apparaître après la sixième semaine.

La néphrite (bien que très fréquente) n'est cependant pas la seule complication qui puisse coïncider avec l'adé-

nite. Il en est encore d'autres qui peuvent s'y associer, et, d'après Schick, ce sont :

- 1° Une fièvre sans localisation ;
- 2° Une endocardite ;
- 3° Des manifestations rhumastismales ;
- 4° Des récidives.

Contrairement à la fièvre secondaire décrite par Gumprecht, et qui succède presque immédiatement ou peu après à la fièvre de la période éruptive, la fièvre, dont nous parlons, ne se produit qu'après un intervalle d'apyrexie complète. Elle peut apparaître du deuxième jour jusqu'à la septième semaine, le plus souvent dans la troisième ou quatrième semaine.

Voici maintenant quelles en sont les particularités cliniques.

La fièvre apparaît brusquement, atteignant son maximum le premier ou le deuxième jour. La défervescence se fait assez rapidement en lysis. Il est exceptionnel que l'état fébrile se prolonge au delà de cinq à six jours, et même dans nombre de cas la température disparaît complètement en trois jours. L'état général reste bon et sans thermomètre la fièvre passerait complètement inaperçue. Parfois on peut noter une pâleur anormale et un certain degré de bouffissure de la face sans d'ailleurs qu'il y ait traces d'albumine dans les urines.

Pour faire le diagnostic de cette fièvre on se basera sur l'absence de tout signe du côté des organes, sur la marche de la température et sur la conservation de l'état général.

Les endocardites et les péricardites, complications déjà

rare et les accidents pseudo-rhumatismaux, — rougeur, gonflement et sensibilité des articulations et particulièrement du cou-de-pied et du poignet — apparaissent comme les manifestations précédentes dans le cours de la troisième et de la quatrième semaine.

Les récidives de la scarlatine constituent une complication encore plus rare. Pour affirmer une récidive il faut que tout le cortège symptomatique de la circulation apparaisse à nouveau : angine, fièvre, éruptions, desquamations.

Or ici encore, nous observons le maximum de fréquence de cette rechute dans la troisième et la quatrième semaine.

Le tableau suivant que nous empruntons à Schick nous met sous les yeux la fréquence et la date d'apparition de tous les accidents post-scarlatineux, dont nous venons de parler.

Semaines de la maladie		2	3	4	5	6	7	8 et plus	Total
Complications.	Adénites	2	37	22	6	1	»	»	68
	Néphrites.	2	18	7	3	3	»	»	33
	Fièvres post-scarlati- neuses	1	20	9	2	1	»	»	33
	Récidives, cas person- nels	1	3	6	2	1	»	»	
	Récidives, dans la litté- rature	10	18	16	8	4	»	2	13 58 = 71
	Total	16	96	60	21	10	»	2	205

Ce tableau est instructif à plus d'un point de vue. D'abord

il nous montre que la fréquence des adénites dépasse de moitié la néphrite : 68 contre 33. D'autre part, nous voyons qu'il existe au cours de la scarlatine une période particulièrement critique qui comprend la troisième et la quatrième semaine. Cette période est, en effet, marquée par l'apparition des complications post-scarlatineuses.

Maintenant il nous reste à expliquer pourquoi ces complications se manifestent alors que tout semble rentrer dans l'ordre et que le malade paraît être devenu un convalescent.

Pathogénie

L'adénite post-scarlatineuse est si intimement liée aux autres manifestations post-scarlatineuses, comme nous venons de le voir, qu'il convient d'étudier en bloc, nous semble-t-il, la pathogénie de ces diverses complications.

Une explication qui serait applicable à quelques-unes de ces manifestations serait d'incriminer des écarts de régime, des refroidissements ou toute autre faute d'hygiène. Mais la simple constatation des faits suffit à ruiner l'action de ces prétendues causes. N'a-t-on pas vu ces manifestations post-scarlatineuses se produire chez les malades les mieux surveillés ? Force nous est donc de rechercher une autre hypothèse plus vraisemblable.

Nous croyons avec bien des auteurs que le virus scarlatineux n'est pas complètement éliminé après l'éruption. Ce virus persisterait à l'état latent dans l'économie et il manifesterait sa vitalité par les manifestations que nous connais-

sons, au cours de la scarlatine. Ainsi que le fait très justement remarquer Schick, il ne s'agirait pas là d'une manifestation infectieuse secondaire, comme la pneumonie, ou la tuberculose succédant à la rougeole, mais bien plutôt des syndromes de la même maladie comparables aux syndromes de la syphilis, par exemple.

Mais alors pourquoi cet intervalle de temps entre les syndromes de la période d'état de la maladie et ses complications. Ici s'ouvre le champ des hypothèses.

Leichtenstein croit que le virus scarlatineux qui se tient dans les couches de la peau serait repris par le système lymphatique d'où l'adénite, et éliminée par le rein d'où la néphrite.

Deux médecins russes en 1883, Kuwschinski et Pastor (1), étudient la question. Ces auteurs avaient été frappés de l'allure particulière de la courbe thermique chez de nombreux scarlatineux qu'ils avaient en traitement. La température ayant cessé, au bout de six à dix jours remontait à nouveau après un intervalle apyrétique de trois à dix-huit jours. L'élévation thermique durait un à cinq jours en s'abaissant graduellement à la normale. Dans quelques cas ils observèrent une troisième élévation de la température vers le trente-quatrième ou trente-sixième jour. Avec chaque hyperthermie coïncidaient diverses manifestations pathologiques — adénite, néphrite, endocardite, angine, quelquefois même une nouvelle éruption. Ces élévations de la température et les complications qui l'accompagnaient conduisirent les auteurs à penser que la scarlatine se com-

1. Analysé in *lahrbuch fur kinderheilkunde*. Bd. 19 S. 507.

portait comme la fièvre récurrente ou d'autres maladies infectieuses, dans lesquelles les agents pathogènes n'épuisent pas leur virulence dès la première attaque. Ces mêmes agents pathogènes ne seraient détruits qu'après la seconde ou la troisième attaque.

Schick, dans son intéressant travail que nous avons si souvent mis à contribution adopte une opinion très voisine de celles des auteurs précédents. Il croit que les agents pathogènes, qui causent les complications post-scarlatineuses, pénètrent dans l'économie dès le début de la maladie, mais qu'après un certain temps variable avec les individus, ils sont entravés dans leur développement par la réaction de l'organisme. Vient la troisième ou la quatrième semaine l'organisme éprouve en ce moment un certain fléchissement dans ses résistances, les microorganismes pullulent à nouveau et donnent lieu à de nouveaux symptômes les uns d'origine toxique, les autres d'origine infectieuse. Il y aurait ainsi une période de prédisposition spécifique pour la reviviscence des agents infectieux amenant les complications post-scarlatineuses. Cette période s'étendrait de la deuxième à la septième semaine avec maximum à la troisième ou quatrième semaine.

La justesse de ces vues ne pourra être confirmée que lorsque l'agent spécifique de la scarlatine aura été découvert : on saura alors si, dans les manifestations post-scarlatineuses, il s'agit des agents même de la maladie ou d'agents infectieux secondaires. Rappelons que Schick, dans les deux cas d'adénite post-scarlatineuse suppurée qu'il rapporte, trouva dans le pus des cultures pures de streptocoques. Quant à la question de savoir pourquoi ce

sont les ganglions sous-maxillaires qui sont à peu près seuls pris au cours des adénites post-scarlatineuses, il serait dû à ce que l'infection scarlatineuse a sa porte d'entrée surtout au niveau de la gorge.

L'observation inédite que nous rapportons s'éclaire, alors, d'un jour nouveau à la lumière des considérations précédentes. La fièvre secondaire avec adénite dont notre malade fut atteinte indique déjà la force du virus. Mais vient une période de latence de quelques jours interrompue par un retour offensif avec tuméfaction ganglionnaire et traces d'albumine dans les urines. La complication est légère, transitoire et ne s'accompagne pas de fièvre. Cependant le virus n'a pas encore complètement épuisé son action puisque au cinquante-sixième jour — et ceci est à rapprocher des récidives survenant vers la huitième ou la dixième semaine — un nouvel accident survient et cette fois la manifestation ne se produit que du côté des ganglions qui se tuméfient à nouveau et deviennent très douloureux. Une forte fièvre, qui ne dure que trente-six heures, accompagne l'adénopathie.

Nous comprenons maintenant que le terme de convalescence dont on se sert pour modifier l'état des malades après la période d'éruption n'est pas tout à fait exact, puisque bien souvent le feu couve encore sous la cendre et que, sans savoir pourquoi, des complications parfois très graves éclatent.

Ces accidents peuvent aussi bien se produire dans les scarlatines d'apparence les plus bénignes, et alors nous devons être averti que la période dangereuse va de la deuxième à la huitième semaine et nous ne pourrons poser

un pronostic entièrement favorable qu'une fois cette période passée.

Depuis longtemps déjà toutes ces complications, moins l'adénopathie, étaient connues, mais leur pathogénie restait encore bien obscure. Il faut savoir gré aux auteurs dont nous avons cité les noms de nous avoir fourni une explication vraisemblable.

Diagnostic. — Pronostic

Le diagnostic de l'adénite post-scarlatineuse est des plus faciles à faire, à condition toutefois qu'on ait la notion d'une scarlatine antérieure.

On s'appuiera sur l'élévation brusque de la température, sur l'apparition de tuméfaction au niveau des ganglions de l'angle de la mâchoire, et sur la sensibilité à la pression de cette région.

En présence d'une hyperthermie au cours de la convalescence de la scarlatine, on pensera toujours aux complications habituelles et en particulier à la néphrite, de beaucoup la plus fréquente. Si aucun symptôme ne vient aider le diagnostic de la complication en jeu, l'adénopathie souvent alors donnera l'explication de cette fièvre.

Il est des cas, où grâce à l'adénite se présentant avec les caractères déjà décrits, on peut faire le diagnostic rétrospectif de scarlatine. Par exemple, lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont lors d'une épidémie de scarlatine touchés par la maladie, et qu'un autre enfant de cette même famille présente une adénopathie inexpliquée, non précé-

dée d'éruption ou de desquamations, nous croyons pouvoir poser le diagnostic de néphrite scarlatineuse. N'aurait-on pu poser le diagnostic de néphrite scarlatineuse, si, dans ces mêmes conditions, cet enfant avait eu des urines albumineuses ?

Le pronostic de l'adénopathie post-scarlatineuse seule reste bénin, malgré la forte élévation thermique qui l'accompagne, mais il doit être réservé si l'on pense aux autres complications graves qui peuvent survenir à cette même époque.

Traitement

Comme traitement préventif nous n'avons à l'heure actuelle absolument rien pour prévenir les complications de la scarlatine. Peut-être, un jour, aura-t-on un sérum qui nous permettra sinon de diminuer la contagion, au moins d'atténuer certaines complications.

Le traitement de l'adénite confirmée se bornera à peu de choses puisque, en temps habituel, l'affection guérit en deux ou trois jours sans aucune intervention. Toutefois on pourra lutter contre la douleur par des enveloppements humides ou par des cataplasmes laudanisés, ou toute autre application calmante. On pourra activer la résolution par la teinture d'iode en application.

Dans les cas rares où la suppuration apparaît nous conseillons le traitement chirurgical : incision et drainage.

OBSERVATIONS

I. — Adénites post-scarlatineuses sans néphrite

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du D^r Beauchant.)

M. C., fillette de huit ans, habitant Poitiers. Dans ses antécédents pathologiques à signaler seulement une rougeole au mois de mai 1908. Depuis cette maladie l'enfant respirait plus mal et aurait souvent le nez enchiffrené.

Nous voyons l'enfant le 26 octobre 1908. Elle est malade et couchée depuis la veille. Brusquement elle a été prise dans la journée d'hier de petits frissons, elle n'a pas vomi, mais a refusé de s'alimenter, elle s'est plainte de la gorge, elle a été agitée la nuit. Ce matin les parents ont constaté l'existence d'une éruption, ce qui les a décidés à nous faire voir l'enfant.

Nous constatons une éruption typique de scarlatine au niveau des parties latérales du thorax et dans le dos. Gorge rouge vif ainsi que le voile du palais sans enduits pultacés. Langue rouge à la pointe et sur les bords, très blanche sur la face dorsale. Tuméfaction assez notable, ayant le volume d'une amande, des ganglions angulo-maxillaires à droite et à gauche. Enchiffrement très marqué. L'état général est par ailleurs excellent, l'enfant n'est pas agitée, on ne constate rien d'anor-

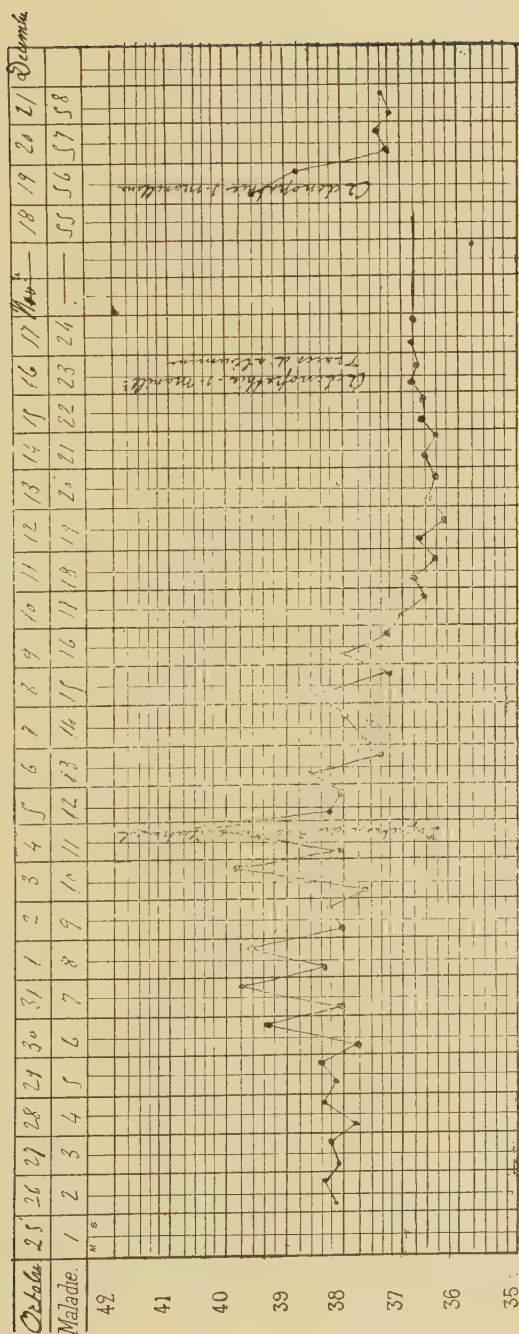
mal du côté des grands appareils. La fièvre est modérée, 38°4, les urines ne renferment pas d'albumine.

Nous portons donc le diagnostic de scarlatine (1) et prescrivons l'isolement, des lavages de la gorge et du nez et une potion à l'acétate d'ammoniaque.

Les choses parurent tout d'abord se passer de la façon la plus simple, la température oscillant autour de 38 degrés, l'état général restant à peine touché lorsque, au sixième jour alors que l'éruption était en voie d'effacement, la température qui était tombée le matin à 37°8 remonta le soir à 39°4. Elle se maintint au-dessus de la normale pendant onze jours, du sixième au dix-septième. La courbe resta tout à fait irrégulière avec des oscillations de parfois 2 degrés entre les températures du matin et du soir, le chiffre le plus haut fut atteint le 4 novembre, le thermomètre monta alors à 40°5. Cette fièvre attira vivement notre attention, elle contrastait avec l'état général remarquablement bon de l'enfant qui n'était nullement abattue, jouait toute la journée, s'alimentait et dormait d'un bon sommeil pendant toute la durée de la nuit. L'examen pratiqué tous les jours de la maladie ne révéla absolument rien du côté des divers appareils. L'angine du début avait complètement disparu, la langue desquamait normalement, les ganglions sous-maxillaires se réduisaient de volume. L'intestin fonctionnait normalement.

La desquamation était discrète. Aucune complication du côté des oreilles, les urines examinées tous les jours ne montrent rien d'anormal. Deux symptômes seuls furent trouvés : ce fut

1. Ce diagnostic qui n'était pas d'ailleurs douteux fut confirmé par la contagion qui frappa la mère de cette enfant et une bonne qui lui avait donné ses soins.



d'abord une très légère douleur au niveau du poignet droit qui ne s'accompagna ni de gonflement ni de rougeur et qui disparut complètement au bout de deux jours. Ce fut ensuite l'apparition de petits ganglions notée au huitième jour au niveau des chaînes latérales du cou, avec prédominance du côté droit, au niveau du triangle sus-claviculaire et dans l'aisselle droite. Ils ne dépassaient pas les dimensions d'un petit pois, ils roulaient sous le doigt, ils étaient douloureux à la pression, il fallait d'ailleurs les rechercher, car ils auraient très facilement passés inaperçus ; les ganglions de l'aîne aussi étaient augmentés des deux côtés, mais comme nous n'avions pas pris la précaution de nous assurer auparavant, comme nous l'avions fait au niveau du cou, si cette tuméfaction ne préexistait pas à la poussée fébrile, ce signe a moins d'importance. Nous avons déjà dit que les amygdales n'offraient plus rien d'anormal, du côté du pharynx par contre on pouvait penser à l'existence d'un certain état inflammatoire ; on voyait en effet descendre des mucosités en arrière du voile du palais, le nez était comme obstrué, la respiration ne pouvait avoir lieu uniquement par les fosses nasales, l'enfant était prise souvent d'une petite toux sèche dont l'origine pharyngée semblait probable.

Nous avons rattaché l'état fébrile à une de ces infections naso-pharyngées, comme on en rencontre si souvent dans la pathologie infantile et nous voyions dans la tuméfaction des ganglions latéraux du cou un témoin de cette infection, et malgré la persistance de la fièvre nous avons porté un pronostic favorable. Le traitement consista en lavages de la gorge avec une solution de perborate, désinfection des fosses nasales avec la vaseline résorcinée à 1/40, pulvérisations de chloroëthone.

Contre la fièvre suppositoires de quinine et de pyramidon (15 centigrammes de chaque).

Au onzième jour de la maladie lorsque nous vîmes la température atteindre $40^{\circ}5$, un peu inquiet nous fîmes une injection d'électrargol de 3 centimètres cubes dans les muscles de la fesse ; l'injection fut parfaitement supportée et le lendemain la température baissait à $38^{\circ}2$ le matin et 38 le soir, Elle ne dépassa plus $38^{\circ}5$, mais oscilla encore autour de 38 jusqu'au dixième jour de la maladie où elle atteignit la normale et s'y maintint définitivement.

Du dix-septième au vingt-troisième jour la convalescence parut s'effectuer d'une façon absolument normale.

Le vingt-troisième jour l'enfant se plaignit subitement le matin d'une douleur très vive au niveau de l'angle de la mâchoire à droite et à gauche, mais surtout à droite, nous pûmes constater alors l'existence d'une tuméfaction ganglionnaire bilatérale des plus nettes. Le ganglion du côté droit, un peu plus développé que le gauche, atteignait le volume d'une petite noix, il était extrêmement douloureux à la pression. Les ganglions étaient mobiles, mais il y avait un peu de rougeur de la peau ; l'examen de la gorge ne révélait absolument rien d'anormal, les amygdales n'étaient ni rouges, ni gonflées.

La température restait basse, $36^{\circ}8$ le matin, $37^{\circ}7$ le soir, le même jour l'examen des urines fut pratiqué comme il l'était tous les jours et pour la première fois on put déceler un léger louche par la chaleur, louche qui ne disparaissait pas sous l'action de l'acide acétique et qui se rapportait indubitablement à une petite quantité d'albumine.

Les ganglions sous-maxillaires diminuèrent lentement de volume, leur sensibilité anormale disparut d'abord assez vite,

mais la tuméfaction persista encore cinq ou six jours. Quant à l'albumine, l'examen n'en révéla plus aucune trace les jours suivants, son apparition avait donc été essentiellement fugace. L'état général de l'enfant n'avait nullement été troublé par ce léger épisode.

Au bout de quarante jours l'enfant, dont la desquamation était achevée depuis longtemps et dont l'état était excellent, fut baignée et reprit la vie habituelle. Tout alla bien les premiers jours, mais le 40 décembre (cinquante-sixième jour après le début de la scarlatine) nous étions rappelé auprès d'elle. La veille dans l'après-midi l'enfant s'était sentie brusquement fatiguée, elle avait vomi, on l'avait couchée de bonne heure, elle paraissait avoir chaud, mais on négligea de prendre la température, la nuit fut agitée, au matin le thermomètre marquait 39°5 et on nous envoya chercher. A nouveau l'enfant se plaignit du cou et au niveau de l'angle de la mâchoire on constatait l'existence d'une nouvelle tuméfaction ganglionnaire en tout point analogue à celle qui était apparue trente-trois jours auparavant : Tuméfaction surtout marquée à droite où le ganglion atteint le volume d'une grosse amande, est extrêmement douloureux à la pression, mais ne s'accompagne pas de rougeur de la peau.

Rien d'anormal ne se constate pas plus que la fois précédente du côté de la gorge. Nous examinons alors les urines avec le plus grand soin, mais nous n'y décelons cette fois aucune trace d'albumine. L'évolution de la température fut éphémère, le soir même elle tombait à 38°7 ; le lendemain elle tombait à 37°2 et s'y maintenait les jours suivants ; mais la tuméfaction ganglionnaire, se prolongea plus longtemps, et c'est seulement dix

jours après que les ganglions reprirent leur volume normal. L'enfant est depuis restée très bien portante.

OBSERVATION II

(D^{rs} Babonneix et Berteaux.)

Cas d'adénopathie scarlatineuse tardive

Fille de quinze ans, entrée le 2 novembre 1905 pour scarlatine, ayant débuté brusquement le 30 octobre par une angine, des vomissements et de la fièvre.

Desquamation vers le 8 novembre.

18 novembre. — Alimentation avec purée sans sel.

20 novembre. — Céphalée, abattement, gêne du cou et dysphagie.

22 novembre. — Aggravation, douleur très vive dans les régions sous-maxillaire et cervicale à droite. Déformation du visage par le gonflement de la région sous-maxillaire. Masses ganglionnaires dures et douloureuses à ce niveau. Tous les ganglions sus-claviculaires et cervicaux de ce côté sont hypertrophiés, durs et sensibles. Mouvements des mâchoires pénibles. Pouls, 144. Température, 39°6.

Enveloppement chaud du cou.

24 novembre. — Aggravation. Douleur à gauche. Pouls, 148. Température, 40°2.

28 novembre. — Amélioration qui se continue.

30 novembre. — Tout disparaît.

10 décembre. — L'enfant quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

(D^r Thirion.) (1)

Adénopathie post-scarlatineuse

Le 18 décembre 1905, au matin, je suis appelé auprès du petit Maurice F..., âgé de quatre ans. Hier cet enfant avait bien mangé, s'était promené dans l'après-midi, quand, à 4 heures, il avait été brusquement pris de vomissements. On le couche, on lui trouve 40 degrés. L'enfant a eu un grand frisson pendant qu'on le déshabillait. Il passe une mauvaise nuit, demande à boire à plusieurs reprises et le lendemain on m'appelle parce qu'il a toujours beaucoup de fièvre.

En déshabillant l'enfant pour l'ausculter je m'aperçois que le dos et la poitrine sont le siège d'un érythème scarlatineux ; la rougeur est plus marquée aux aines, aux coudes. L'exanthème buccal, l'état de la langue, l'existence d'une angine avec des productions blanchâtres à l'orifice des cryptes, ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic. Température, 39°5.

19 décembre. — L'éruption atteint la face et les extrémités des membres.

20 et 21 décembre. — L'éruption s'atténue et a complètement disparu le 22.

En somme, le malade fait une scarlatine régulière et béli-

1. D^r Thirion. Adénopathie post-scarlatineuse. *Pédiatrie pratique*, 15 août 1905.

gne ; il n'y a pas eu d'albumine dans les urines. La desquamation commence le 26, la température est prise régulièrement matin et soir, les urines examinées tous les deux jours, rien ne trouble la convalescence. Le traitement a été très simple durant la maladie ; maintenant je conseille un régime aussi peu chloruré que possible.

Mais, le 11 janvier, c'est-à-dire vingt jours après la fin de l'éruption, l'enfant est chagrin, refuse les aliments, demande à rester couché, il a 38°2. A l'examen, je remarque un peu de tuméfaction des deux régions sous-maxillaires, mais il n'y a rien à l'intérieur de la gorge. Le soir la température est à 38°3. La tuméfaction du cou a augmenté et toute la chaîne ganglionnaire du cou est nettement prise. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

12 janvier. — 38°5 le matin, 39 degrés le soir. Le facies de l'enfant est absolument celui d'un albuminurique : le teint est pâle, les paupières, les lèvres bouffies, toute la figure est boursoufflée, les ganglions sont toujours tuméfiés et douloureux : il semble que tout le système lymphatique de la face et du cou est engorgé.

Les urines examinées par un pharmacien et par moi-même ne dénotent aucune trace d'albumine.

13 janvier. — La température baisse : 38°3 à 38°5. La figure est encore souflée.

17 janvier. — Tout rentre dans l'ordre.

La convalescence se poursuit ensuite sans le moindre incident.

Pendant toute cette adénite, ni après, il n'y a pas de trace d'albumine, ni d'angine.

OBSERVATION IV

J. L..., dix ans, entré à l'hôpital le 31 décembre 1902. Il y a quatre jours il a vomi, il a eu de la fièvre, des douleurs à la gorge. L'éruption est notée seulement le jour de son entrée. Langue framboisée. Pharynx très rouge et gonflé, enduits sur les amygdales. Le nez est libre. Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume, non douloureux. La défervescence en lysis ne se produit qu'au treizième jour après rétrocession des symptômes pharyngés et du gonflement ganglionnaires. Au quatorzième jour les ganglions de l'angle de la mâchoire ne dépassent pas de chaque côté les dimensions d'un pois.

Au vingtième jour, température 38°7-37°2. L'examen ne révèle rien d'anormal. Le vingt et unième jour, 39°7-38°2; à gauche ganglion gros comme une datte, très douloureux à droite; il en existe un autre plus petit, insensible. Le vingt-deuxième jour, 38-40°7. Desquamation abondante; les ganglions sont gros et douloureux. Le vingt-troisième jour, 40°1-38°7, les ganglions diminuent. Le vingt-quatrième jour, 39-37°5. Le vingt-cinquième jour, 37°3-38°3. Au niveau de chaque angle de la mâchoire ganglion gros comme une noisette. Le vingt-sixième jour il n'y a plus de fièvre. Ganglions gros comme une amande qui ne sont plus douloureux.

OBSERVATION V

Anna H..., sept ans, entre à l'hôpital le 13 septembre 1902. Le 12 elle a été prise d'une fièvre élevée et de frissons. Le 13, au matin, elle a été prise de vomissements et l'exanthème est apparu.

Etat actuel. — Éruption généralisée. Sur les amygdales enduits blanchâtres. Au niveau de l'angle de la mâchoire des deux côtés petits ganglions, à droite il en existe en outre un gros comme une amande. Les ganglions gardent le même volume les jours suivants sans devenir douloureux. La température cède au deuxième jour. Au vingt et unième jour dans la soirée, la température monte subitement à 39°2. Douleur au niveau de l'angle de la mâchoire des deux côtés, apparition à ce niveau de ganglions volumineux. Le vingt-deuxième jour la douleur a disparu. Le vingt-troisième jour, il n'y a plus de fièvre ; les ganglions ne dépassent pas le volume d'un pois et ne sont plus sensibles.

OBSERVATION V

Gustav W..., trois ans et sept mois, entre à l'hôpital le 6 janvier 1905. Le jour même a présenté des douleurs de tête et l'éruption est apparue. Ni vomissement ni fièvre. Le 7, éruption clairsemée de teinte brun rouge. A l'angle de la mâchoire ganglion comme un petit pois. Gorge rouge et gonflée sans exsudats. Disparition rapide de l'exanthème, forte desquamation.

Le vingt et unième jour de la maladie, subitement 38°6 le matin, pâleur des téguments. A droite au niveau de l'angle de la mâchoire ganglion gros comme un pois ; à gauche ganglion plus volumineux, sensible. De plus nombreux ganglions le long du sterno-cléido-mastoïdien à gauche.

Gorge indemne. Le vingt-deuxième jour, 38-37 degrés. Ganglions moins sensibles. Le vingt-quatrième jour, plus de fièvre, ganglions plus petits, ne sont plus douloureux.

OBSERVATION VI

Marie G..., sept ans, entrée le 20 janvier 1905.

Etat le 21 janvier. — Exanthème disséminé. Fièvre minime. Au niveau de l'angle de la mâchoire des deux côtés. ganglions gros comme des haricots. Gorge très rouge, langue framboisée. Amygdales très rouges et gonflées. Le quatorzième et le quinzième jour de la maladie entérite fébrile (6 selles liquides, vomissements).

Le vingt et unième jour au matin, subitement 39 degrés. Le malade se plaint de douleurs au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche. On prend à ce niveau un ganglion dépassant le volume d'un haricot, tendu, douloureux. La gorge n'est pas particulièrement rouge. Le vingt-deuxième jour, 39-38 degrés. Ganglions gros comme des noyaux de datte tendus, non douloureux. Le vingt-troisième jour, 37-36°9. Ganglions encore un peu gros. Le vingt-quatrième jour 38°6-37 degrés : les ganglions conservent le même volume, ils sont douloureux des deux côtés. Le vingt-sixième jour le ganglion à droite dépasse le volume d'une noix, et à gauche celui d'un noyau de datte. Le vingt-septième jour même état des ganglions. Le vingt-huitième jour, apyrexie, le ganglion de droite a le volume d'un haricot, celui de gauche est plus mou, mais dépasse encore les dimensions d'un pois. Le vingt-neuvième jour, apyrexie.

OBSERVATION VII

Martich H..., treize ans, entre à l'hôpital le 27 mars 1903.

A eu il y onze jours des douleurs de gorge, un jour après l'érup-

tion est apparue. La desquamation est survenue depuis deux jours. Examen le treizième jour de la maladie : la peau desquame presque partout, la langue est framboisée. Au niveau de chaque angle de la mâchoire, ganglion gros comme un noyau. Apyrexie persistante.

Le vingt-deuxième jour, 39°6 : au niveau de l'angle de la mâchoire à droite paquet ganglionnaire gros comme une noix, à gauche, ganglions moins volumineux. Le vingt-troisième jour, 37°6, ganglions plus petits, non sensibles. Dans l'après-midi 38°6.

La fièvre tombe le vingt sixième jour. Le trente et unième jour il existe encore à droite au niveau de l'angle de la mâchoire deux ganglions, à gauche un seul, qui n'offrent aucune sensibilité.

OBSERVATION VIII

Eléonore M..., six ans, entrée à l'hôpital le 6 août 1904. Elle est malade depuis le 4 au matin et présente alors des vomissements, de la fièvre, des douleurs abdominales.

Le 5 fièvre persistante, douleurs de gorge, éruption. *Examen* : Température 39°7. Eruption disséminée. Ganglions sous-maxillaire à droite et à gauche. Ganglions perceptibles sur les parties latérales du cou à droite et à gauche. Rougeur intense et gonflement de la gorge, exsudat blanchâtre épais sur l'amygdale droite.

15 septembre (douzième jour de la maladie). — L'hypertrophie ganglionnaire au niveau de l'angle de la mâchoire à droite atteint le volume d'une petite pomme. Le soir, le gonflement augmente et la fièvre monte à 39°1. Le treizième jour de la maladie 39°1-37°7. Le gonflement est très marqué, très dou-

loureux. Le dix-neuvième jour, la fluctuation apparaît. Le vingt et unième jour, incision. Il sort une grande quantité de pus brun jaune. La guérison survient peu après.

OBSERVATION IX

Adalbert S..., six ans, entré le 26 mai 1904. Erythème assez intense sur tout le corps, sauf au niveau de la face. Les symptômes du côté de la gorge sont modérés. La température est à 38°3. Des deux côtés, au niveau de l'angle de la mâchoire ganglions gros comme un pois. Apyrexie au quatrième jour. La montée s'effectue normalement au quarante et unième jour. L'enfant devait quitter l'hôpital lorsqu'il fut pris subitement de température élevée 39°5 et d'un gonflement ganglionnaire douloureux à droite au niveau de la mâchoire. Au quarante-deuxième jour, ganglions à droite, gros comme une datte, douloureux, à gauche ayant les dimensions d'une amande. Le quarante-troisième jour, température, 38°374, les ganglions ne sont plus douloureux, mais ils conservent le même volume. Celui-ci diminue à partir du quarante-septième jour. La fièvre tombe ce même jour.

OBSERVATION X

Wilhem Sch..., six ans, entré à l'hôpital le 9 octobre 1902. Début par des vomissements, de la céphalalgie, des douleurs de gorge, l'éruption apparaît le 9 au soir. Examen le 10. L'enfant est en pleine période d'éruption. Au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche, ganglion douloureux, gros comme une

petite noix à droite, autre ganglion gros comme une noisette, sensible également. Enduit épais sur la langue. Gorge gonflée, bien rouge. Amygdales modérément tuméfiées, la gauche présente un enduit nécrotique superficiel. Jusqu'au huitième jour de la maladie, les ganglions augmentent de volume et deviennent plus douloureux, à partir de cette date, leur volume diminue, la gorge se nettoie. Le vingt-deuxième jour les ganglions ne dépassent plus le volume d'une noisette et ne sont plus douloureux.

Au dix-neuvième jour de la maladie, la température s'élève à 39°4; à droite il existe un ganglion ayant la grosseur d'un haricot et deux ayant le volume d'un pois, à gauche un autre a les mêmes dimensions. Le vingtième jour, température, 39-37 degrés. Le vingt et unième jour, température, 39°3-37 degrés. Les ganglions diminuent. Le vingt-troisième jour, il n'existe plus de fièvre.

OBSERVATION XI

Léopold F..., dix ans et demi, entre à l'hôpital le 10 avril 1904. Deux jours avant il eut mal à la gorge et de la fièvre durant la nuit, la veille il vomit et l'éruption survint. Examen le 10. Exanthème massif généralisé. Au niveau de l'angle de la mâchoire à droite ganglion gros comme un pois, à gauche ganglion ayant les dimensions d'une datte, douloureuse, sur les parties latérales du cou ganglion gros comme une bille. La muqueuse buccale est très rouge, la langue couverte d'un enduit jaunâtre. La gorge est fortement rouge. Les amygdales modérément augmentées de volume. Même état dans les jours qui suivirent. A partir du sixième jour les symptômes

déclinèrent rapidement. Les ganglions angulo-maxillaires à gauche ne furent plus douloureux. La fièvre tomba au huitième jour.

Au seizième jour subitement la température monta à 38 degrés. Tuméfaction ganglionnaire du volume d'un œuf de poule très douloureuse siégeant à la région angulo-maxillaire du côté gauche. Gorge normale. Du dix-septième jour au dix-neuvième jour ganglions non modifiés. Le vingtième jour 38° 4 37° 3, gonflement ganglionnaire diffus ayant le volume d'une petite pomme et très douloureux. Le vingt-sixième jour chute de la température, gonflement plutôt moindre. Le trente et unième jour le ganglion à gauche est encore gros comme une datte et c'est seulement à partir du quarante-quatrième jour que le volume commence à décroître.

OBSERVATION XII

Marie S..., deux ans et neuf mois, entrée à l'hôpital le 1^{er} août 1904. L'éruption est survenue le 1^{er}. Température 39° 38. Ganglion sous-maxillaire à droite ayant le volume d'une datte ; à gauche autre ganglion n'atteignant pas celui d'un pois. Ganglions sur les parties latérales du cou. La gorge présente peu de rougeur, pas d'exsudats sur les amygdales.

Les symptômes disparaissent vite mais au sixième jour nouvelle période fébrile occasionnée par du coryza et de l'otite à gauche. L'apyrexie survient au quatorzième jour. Au vingt-troisième jour on trouve dans la région angulo-maxillaire à droite un ganglion ayant les dimensions d'un pois et un autre à gauche gros comme une noisette. Au vingt-quatrième jour 37° 2-38° 4. Le soir 40° 6. En même temps douleur au niveau de l'angle

de la mâchoire du côté droit et développement à ce niveau d'un gonflement ganglionnaire diffus. Le vingt-sixième jour, de chaque côté ganglion gros comme un pois, celui de gauche est plus tendu. Pas d'albumine.

Le trentième jour le ganglion angulo-maxillaire gauche est gros comme un noyau de datte, à droite il a les dimensions d'un *haricot*. Le trente-deuxième jour apyrexie complète.

OBSERVATION XIII

Kail V..., neuf ans, entre à l'hôpital le 14 septembre 1904. Examen le 15. Eruption scarlatineuse typique. Muqueuses de la bouche et de la gorge rouges. Amygdales sans exsudat. En deux jours disparition de la fièvre. Le huitième jour période fébrile de trois jours amenée par une angine légère, puis l'apyrexie se maintient jusqu'au vingt et unième jour. Le vingt et unième jour la température s'élève 37°9-38°4. Vomissements, douleurs de tête. Les ganglions angulo-maxillaires sont sensibles des deux côtés, celui de droite est gros comme une amande à gauche il en existe deux gros comme un pois. Sur les parties latérales du cou on en trouve plusieurs petits. Pas d'albumine. Le vingt-huitième jour disparition de la fièvre. Diminution des ganglions.

OBSERVATION XIV

Marie S..., douze ans, entrée le 3 novembre 1904. Le 2, vomissements, fièvre, mal de gorge, le 3, éruption. Examen le 4. Eruption scarlatineuse typique. Amygdales sans exsudat. Au niveau de l'angle de la mâchoire à droite, ganglion ayant les

dimensions d'une noisette. à gauche ganglion de la grosseur d'un pois. Disparition rapide de la fièvre et apyrexie jusqu'au vingt-cinquième jour. A cette date douleur angulo-maxillaire ; la température s'élève à 38°8, on trouve à l'angle de la mâchoire du côté gauche un ganglion ayant le volume d'un noyau de datte tendu et douloureux. Le vingt-sixième jour, 37°8. ganglions non modifiés. Le vingt-septième jour apyrexie. Le ganglion gauche a diminué, mais il reste toujours sensible. Du même côté plusieurs ganglions gros comme des haricots au niveau du sterno-cléido-mastoïdien. Le vingt-huitième jour, apyrexie ; le ganglion à gauche est encore douloureux. A partir du vingt-neuvième jour, diminution du ganglion.

OBSERVATION XV

Franz S..., onze ans, entré à l'hôpital le 31 octobre 1904. Le 30, vomissements, céphalalgie, fièvre, mal de gorge. Le 31, éruption. Examen le 1^{er} novembre 1904. Exanthème généralisé. Au niveau de l'angle de la mâchoire des deux côtés ganglions gros comme des dattes, sur les parties latérales du cou ganglions gros comme des billes. Peu de chose au niveau de la gorge, menus exsudats sur les deux amygdales. Disparition rapide de la fièvre et des autres symptômes.

Au quinzisième jour pendant la nuit subitement douleurs au niveau du cou à gauche et élévation de la température à 38°2. Au niveau de la région angulo-maxillaire gauche, ganglion ayant le volume d'un noyau de datte, tendu, douloureux spontanément et à la pression. Rien à la gorge, Visage un peu gonflé.

Le dix-septième jour, 38°5-37°2. Ganglion angulo-maxil-

laire gauche encore gros comme un noyau de datte, sensible le droit est un peu plus gros qu'un haricot. Les deux ganglions sont plus mous, le visage est moins pâle.

La fièvre disparaît complètement à partir du dix-neuvième jour.

Le vingt-sixième jour, douleurs très intenses du côté droit du cou. Température du matin 38° 6. On trouve à droite au niveau du sterno-cléido-mastoïdien plusieurs ganglions douloureux dont certains atteignent les dimensions d'une noisette.

La fièvre persiste jusqu'au trente-cinquième jour, les ganglions angulo-maxillaires sont pris à leur tour, ils sont gonflés et douloureux surtout le gauche, la gorge ne présente rien d'anormal. Les adénites ne diminuent que fort lentement.

OBSERVATION XVI

Hermann K... entre à l'hôpital le 6 mars 1903. Eruption depuis le 6, pas de vomissements.

L'examen le 7 montre un exanthème généralisé. Peu de rougeur de la gorge, aucun enduit sur les amygdales. Des deux côtés dans la région angulo-maxillaire ganglion gros comme un pois. La fièvre disparaît le troisième jour.

Le seizième jour, 39-39 degrés. Ganglions angulo-maxillaires douloureux dépassant le volume d'un pois. Le dix-huitième jour, température 39-37° 2 il existe au niveau de la région angulo-maxillaire des deux côtés 5 à 7 ganglions gros comme un pois, moins sensibles.

Le dix-neuvième jour, la fièvre disparaît, les ganglions ne sont plus sensibles. Le trente-deuxième jour, au niveau de la région angulo-maxillaire droite, ganglion un peu douloureux

de la grosseur d'un pois, d'autres ganglions également un peu douloureux ayant les mêmes dimensions sont disséminés sur les parties latérales du cou.

Le trente-troisième jour, les ganglions ne sont pas modifiés, l'enfant quitte l'hôpital.

CONCLUSIONS

Il existe dans la scarlatine, en dehors de l'adénite du début, témoin de l'angine une adénite secondaire et une adénite tardive dite post-scarlatineuse.

L'adénite secondaire survient en même temps ou peu après l'éruption. Elle intéresse les ganglions latéraux du cou, de l'aisselle et peut-être d'autres territoires. Les ganglions enflammés sont multiples. Peu augmentés de volume, ils roulent sous le doigt et sont légèrement sensibles à la pression. Les adénites secondaires s'accompagnent de fièvre qui revêt les allures de la fièvre scarlatineuse secondaire décrite par Gumprecht. Elles relèvent probablement d'une infection naso-pharyngée. Elles ne paraissent avoir rien de spécifique dans la scarlatine.

L'adénite post-scarlatineuse, au contraire, est beaucoup plus importante et paraît bien propre à la scarlatine. C'est une complication assez fréquente, deux fois plus que la néphrite environ. Elle survient avec un maximum de fréquence vers la troisième ou la quatrième semaine. elle peut se produire plus tôt — deuxième semaine — ou beau-

coup plus tard, jusqu'à la huitième semaine (obs. inédite).

Les symptômes essentiels de cette adénite sont les suivants, élévation brusque de la température, gonflement des ganglions de l'angle de la mâchoire, d'un ou des deux côtés. Sensibilité très vive. Cette adénite évolue rapidement. La fièvre tombe en lysis vers le deuxième ou le troisième jour, généralement la sensibilité s'atténue et la tuméfaction disparaît. La terminaison par résolution est la règle, la suppuration est exceptionnelle.

L'adénite post-scarlatineuse peut survenir isolément, très souvent elle s'accompagne d'autres manifestations post-scarlatineuses. La plus fréquente et la plus importante est la néphrite qu'elle semble souvent annoncer. Plus rarement on voit se produire en même temps que l'adénite une fièvre sans localisation, une endocardite, des manifestations pseudo-rhumatismales, exceptionnellement une récurrence de la scarlatine.

Aucun rapport de cause à effet n'unit les manifestations précédentes. Elles sont toutes les manifestations d'un état infectieux qui reste latent durant un temps variable après l'éruption et revient à l'activité dans des conditions encore imprécises.

La période dangereuse pendant laquelle ces diverses complications peuvent se produire est entre la troisième et la quatrième semaine, exceptionnellement avant, rarement après.

On ne peut encore déterminer, étant donné que l'on ne connaît pas l'agent spécifique de la scarlatine, si l'adénite post-scarlatineuse et les autres manifestations contempo-

raines sont dues à l'agent de la maladie elle-même ou à des infections secondaires.

L'importance diagnostique de l'adénite post-scarlatineuse peut être très grande en mettant sur la voie d'une scarlatine fruste.

Vu : Le Président de la thèse
GILBERT

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Babonneix et Berteaux.* — *Adénopathie scarlatineuse tardive.* Gazette des Hôpitaux, 8 janvier 1907 et Archives de Médecine des Enfants, mai 1907.
- Bouveret.* — Revue de Médecine, 1892.
- Felatos.* — Cité par Schick.
- Gumprecht.* — *Zur kenntniss des Nachfiebers beim Scharlach.* Deutsche med. Wochenschrift, 1888, S. 540.
- Henry.* — *Rechutes dans la scarlatine.* Thèse de Paris, 1904.
- Jurgensen.* — Cité par Schick.
- Kaweschinski et Pastor.* — In Jahrbuch für kinderheilkunde. Bd. 19, S. 507.
- Leichtensten.* — *Ueber die (1880-1881 in Köln) herrschende Scharlachepidemie.* Deutsche med. wochenschrift, 1882, nos 13, 18, 19, 22.
- Morichau-Beauchant.* — *Pièvres prolongées avec adénites cervicales et infection pharyngée légère chez les enfants.* Archives médico-chirurgicales du Poitou, 15 juillet 1908.
- Romme.* — *Un nouveau syndrome : l'adénopathie post-scarlatineuse.* Presse médicale, 27 décembre 1905.

Schick. — *Die postkarlatinose lymphadenitis.* Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1905, vol. LXII, n° 5.

Stembo. — *Ueber die diagnostische und prognostische bedeutung der sekundären lymphadrüsenanschwellung bei scharlach.* Deutsche med. wochenschrift, 1900, n° 22.

Thirion. — *Adénopathie post-scarlatineuse.* Pédiatrie pratique, 15 août 1906 et Journal de Médecine et de Chirurgie, art. 21353.

